

リスクマネジメント研修における参加者の意識の変化

— 3年間の臨地実習施設連絡会議の評価 —

真壁 幸子 太田 浩子 土井 英子
金山 時恵 古城 幸子 小野 晴子

看護学教育

The Change of the Participants' Awareness in the Risk Management Training
—The Evaluation of Three-year Practical Training Facilities Conference—

Sachiko MAKABE Hiroko OOTA Hideko DOI
Tokie KANAYAMA Sachiko KOJO Haruko ONO

(2003年11月5日受理)

本学の臨地実習施設連絡会議における3年間のリスクマネジメント研修の実習指導への影響を明らかにするために、構成的質問用紙を用いた調査を行なった。回答者数は、看護職は69名中55名(79.7%)、教員は19名中15名(78.9%)であった。調査結果として次の7つが明らかになった。①各年度とも参考になったと答えた人が85%以上見られた。②研修内容をスタッフ全員への伝達を働きかけることが、学校側の今後の課題である。③研修が身近で起こったエラーを考える機会となり、実習指導への役立ちや学生への関わりの変化の要因になったと考えられる。④参加者は研修後の臨地実習指導において「原因指向」で学生のエラーを捉えようとしている。⑤教員と看護者との関係では、エラー前の対策が変化していないため、実習開始時のオリエンテーションをエラー防止の視点で見直し、調整することが今後の課題である。⑥学生のエラーを対象とした病棟での検討会はあまり実施されていないことが伺える。⑦研修後強化されたオリエンテーションの内容は患者の権利を守ることなどの倫理的内容が最も多かった。

はじめに

医療事故が年々増加し、看護基礎教育においても医療事故を防ぐための教育内容や方法の検討、および臨地実習における教員の役割などの研究報告がなされている。土屋¹⁾は全国の2年課程、3年課程の看護基礎教育機関を対象に、看護の法的責任に関する教育的関わりについて調査を行っている。その結果、法的視点を踏まえた教育の実施

に関して、その必要性について教員の認識度は高いが、実際の学生への関わりは有意に低いという結論であった。その後の調査²⁾において、事故防止における基本的要素に関する講義後は、臨地実習において学生の事故に関する関心は高まることが明らかになった。また、教員や指導者に対して学生の関わりの希望も高まると報告している。さらに前述の学生の関わりの希望に比べて、教員や指導者の実際の関わりは低いという学生評価が得

られている。野戸ら³⁾は医療事故への関心の程度、ヒヤリ・ハット体験の内容、事故防止の方法、不安な技術の内容などについて学生を対象にした調査報告を行っている。その結果、学生は教員や指導者から十分な事故回避のサポートを受けていると感じていないということが示唆された。その他、リスクマネジメント教育に関する報告は看護学生実習中のインシデントの実態調査に関する研究⁴⁾、看護基礎教育における医療事故防止のための授業展開⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾等があった。一方、教育側と臨地実習施設側との連携による学生の事故防止に関する具体的な内容の報告はみられなかった。

これらの先行研究から、臨地実習における教員や指導者の学生への関わりに、十分な方法論が構築されていないことが示唆された。また、リスクマネジメントの教育側と実習施設との連携に関しては、未開拓の研究課題であることがわかった。

当短大では、学生の効果的な臨地実習を目的として、臨地実習施設連絡会議を毎年開催している。その会議において、2000年度から2002年度までの3回にわたりリスクマネジメント研修（表1参照）をテーマに取り上げた。筆者らは、上記リスクマネジメントに関する課題を克服する第1段階として、この研修会の評価を行なうことが必要であると考えた。今回、研修に参加した臨地実習施設スタッフの実習における学生の事故防止に関する意識を調査し、研修の評価を行なうとともに、今後の臨地実習における事故防止対策の示唆を得たいと考えた。

表1 臨地実習施設連絡会議の内容
テーマ：臨地実習におけるリスクマネジメント

年度	講演(演題)	グループワーク
2000年	医療現場におけるリスクマネジメントの考え方	看護学生の「ヒヤリ・ハット」報告事例を基に、対応方法や今後の指導方法について話し合った。
2001年	看護現場のリスクマネジメント	『臨地実習場面における対応』3つの事例を提示し、各グループでその中の一つの事例をSHELモデルを用いて分析した。
2002年	臨地実習におけるリスクマネジメントの考え方	7つの事例を提示し、各グループが、その中の一つの事例をSHELモデルを用いて分析した。

I 研究目的

3年間のリスクマネジメント研修の評価を行なうとともに、今後の臨地実習における事故防止対策の示唆を得る。

II 研究方法

- 1、調査対象：2000・2001・2002年度開催の臨地実習施設連絡会議に参加した施設代表者および看護師69名、教員19名
- 2、調査方法：構成的質問紙を用いた調査、郵送法。個別情報については使用しない旨、書面にて説明し、同意を得て回収した。
- 3、調査期間：2003年2月14日～2003年2月21日
- 4、分析方法：SPSS Ver. 11を使用し、クロス集計、t検定をおこなった。
- 5、用語の定義：「エラー」医療事故の前段階のミスも含んだインシデント・アクシデントすべて含むと定義した。

III 結果および考察

研修会への参加人数は表2のとおりであった。回答者数は、看護職は69名中55名（79.7%）、教員は19名中15名（78.9%）の計70名であった。（表3参照）看護職の内訳は看護管理職5名（7.1%）、中間管理職4名（5.7%）、一般看護職46名（65.7%）、教員15名（21.4%）であった。

表2 研修会への参加人数

（単位：人数）

年	2000年	2001年	2003年
看護職	36	33	27
教員	14	19	17
合計	50	52	44

表3 調査対象者数および回答者数

	配布数	回収数	回収率
看護職	69名	55名	79.7%
教員	19名	15名	78.9%
合計	88名	70名	79.5%

1. 研修に参加しての感想 (図1)

各年度の講演は学外講師によるもので、その内容について以下要約する。2000年度は「医療現場におけるリスクマネジメントの考え方」の基礎編であった。リスクマネジメントの進め方として、①現状の十分な認識の必要性、②課題や問題の適切な評価、③適切な対策の立案、④目的の再認識、⑤知識の拡大の必要性、⑥他職種のリスクマネジメントに対する考え方、技術の把握の必要性、⑦各施設長をはじめとする管理者の理解を得る必要性、⑧トータルコストバリューの視点からみることの8項目について詳しく講義がなされた。

2001年度は「看護現場のリスクマネジメント」の臨床編であった。臨床現場で経験する「ヒヤリ・ハット」事例を挙げ具体的な内容が示された。そして臨床現場のリスクマネジメントについて、①臨床現場で起こりやすいヒヤリ・ハット事例、②予防対策、③起こった場合の報告、④患者・家族への対応、⑤各職責の役割・リスクマネージャーの役割と機能の5項目について説明があった。

2002年度は「臨地実習におけるリスクマネジメントの考え方」の教育編であった。実習は受持ち患者の理解が得られていること、また学生は無免許であるために看護管理下において実施され、行

為は修正可能な状況下で行われることが前提である。看護実践の責任はすべて看護管理下にある。事故発生防止として、①結果予見の義務、②結果回避の義務において学生は断片的関与でしかなく個別対処能力や時間的連続性や多面的患者理解には限界がある。また、教員の立場が所属病院でなければ学生と同じ状況である。そして、臨地実習における医療事故発生メカニズムから考えると、臨地実習体制の整備と計画実践における確認・指導・状況対応能力における監督・補助を行なうことが事故防止には必要であることなどが述べられた。

講演後のグループワークの内容については、2000年度は学生の「ヒヤリ・ハット事例」の検討、2001・2002年度は学生の「ヒヤリ・ハット事例」を SHELL モデルにより分析した。

参加者の感想は、「講義が参考になったか」「グループワークが参考になったか」「意識が高まったか」「少し思う」と答えた人が85%以上みられた。2001年、2002年の研修に関しては、参考になったとの回答が2000年度より多かった。看護に関連した現場のイメージが容易である内容であったこと、臨地実習における実習施設側の責任等の内容が含まれていたことが要因であると考えられる。

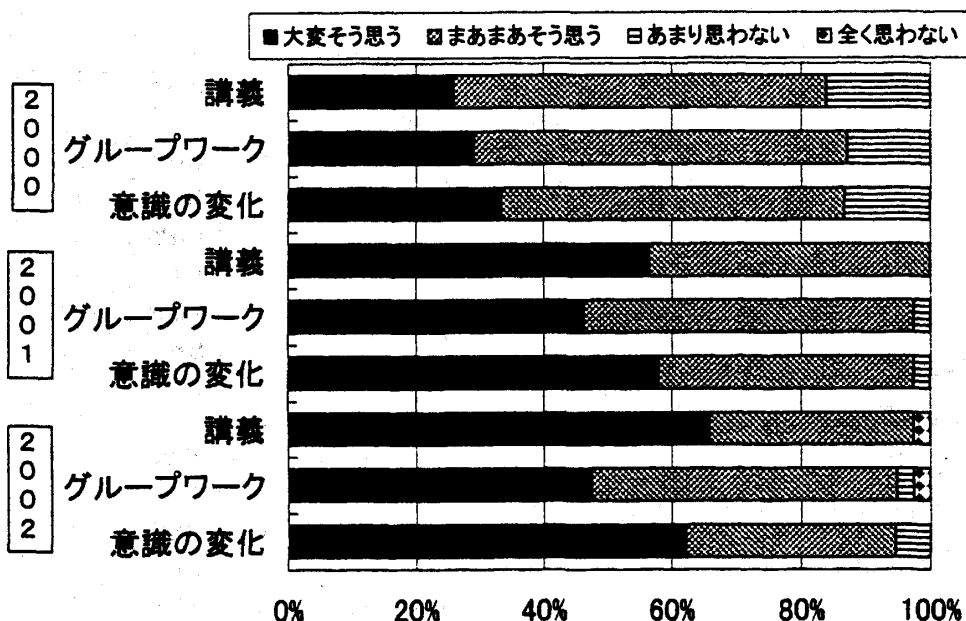


図1 研修に参加しての感想「参考になったか？」

2. 研修内容の伝達報告（図2）

参加者が研修内容を施設内でどのように伝達・報告しているかを質問した（複数回答可）。「病棟で簡単な報告をする」が最も多く55名中27名、「資料を回覧する」55名中15名、「臨床指導者会議で報告」55名中12名、であった。「特に何もしない」55名中10名であった。また、その他の回答では「リスクマネジメント委員会で報告する」という回答もあった。

研修内容を参加していないスタッフへ伝達・報告することは、短大側のリスクマネジメントの考え方やエラーへの対処について、病棟スタッフ全員への共通理解が得られる。また、研修では、実際のエラー内容を検討しているため、学生が起こしやすい具体的エラーをスタッフ全員が認識することができる。短大側から施設側への研修報告は、議事録をもとに整理したものを報告書として、後日施設代表者、および研修参加者に郵送している。しかし、参加者からの伝達・報告が十分でないという結果からみると、今後は報告書も実習受け入れ先の各病棟に配布する必要があるだろう。さらに、2003年度より全領域で取り入れたインシデントレポートについて、各年度の実習終了時点で、一年間のエラー状況を実習病棟へ報告するなどの対応が必要と思われる。

3. 学生への対応について（表4）

研修後の臨地実習指導において、学生への対応が変化したかどうか、具体的な項目について回答を得た。「変化したと思う」と回答している割合が多い項目として、「どのようなエラーが起こるか予測するようになった」が看護職43名中37名、教員15名中14名、「実施に際して学生一人で行くこと、介助がいることの判断をするようになった」が看護職42名中39名、教員14名中11名であった。野戸ら⁹⁾は、学生は、事故を回避するための看護師や教員からのサポートを十分受けているとは思っていない、という調査結果を報告している。サポートが必要な学生、あるいはサポートが必要な援助に対して、看護職や教員が「エラーの予測」や「介助の必要性の判断」について意識が高まったことは、事故防止へ効果的な影響を与えたと考えられる。

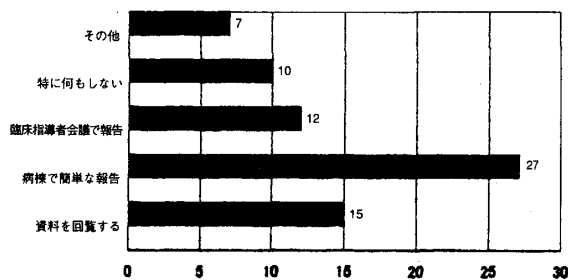


図2 会議内容の伝達報告方法

また、「エラーがあった時学生の話聞くようになった」が看護職41名中38名、教員15名中13名、「エラーを起こす原因について考えるようになった」が看護職42名中41名、教員14名中12名であった。柳田¹⁰⁾は「原因指向」の発想と対策の仕方によって、初めて有効な対策が立てられると述べている。参加者は、なぜ起きたのかというエラー原因の明確化、つまり「原因指向」で学生のエラー事例を捉えるという意識の変化がみられた。土屋¹¹⁾は、〈事故発生時の対応〉と〈事故発生時の背景〉が、学生の関わってほしいという希望の高さに比し教員や指導者の実際の関わりが低い内容であったと報告している。エラー発生時、教員や指導者が学生の話をよく聞き、エラーの原因を学生と共に考えること、そして、学生自身のエラーに対する予防や対策に向けた前向きな取り

表4 学生への対応

単位：人数			
質問項目	職種	思う	思わない
オリエンテーションの充実	看護職	35	10
	教員	13	2
リスクマネジメントの視点で計画を見る	看護職	27	14
	教員	13	2
エラー予測する	看護職	37	6
	教員	14	1
実習前の技術の確認	看護職	32	9
	教員	10	5
学生の緊張の予測	看護職	35	8
	教員	11	3
実習に際しての介助の必要性の判断	看護職	39	3
	教員	11	3
エラー時学生の話聞く	看護職	38	3
	教員	13	2
エラーを起こす原因について考える	看護職	41	1
	教員	12	2

表5 教員（看護職）との関係

単位：人数			
質問項目	職種	思う	思わない
オリエンテーションの内容調整	看護職	25	15
	教員	11	3
実習前に学生の個別情報を共有する	看護職	22	19
	教員	8	6
エラー時の連携	看護職	37	0
	教員	13	9
発生後の課題を教員と（看護職）と検討する	看護職	34	2
	教員	12	1
教員（看護職）と連絡を密にとる	看護職	34	5
	教員	14	1

組みへとつながるものと期待できる。

4. 教員（看護職）との関係について（表5）

研修後の実習指導において、教員あるいは看護職との関係について質問した。「変化したと思う」と回答している割合が多い項目として、「エラー発生後の課題を教員と検討するようになった」看護職36名中34名、教員13名中12名、「教員（指導者）と連絡を密にとるようになった」看護職39名中34名、教員15名中14名であった。また看護職に多かった項目として「エラー発生時すぐに教員（看護職）と連絡をとるようになった」看護職37名中37名、教員13名中9名であった。これらはエラー発生後の対処についての認識の深まりである。エラー発生後は速やかに指導者と教員が連絡を取り合い、そのエラーについての対策を講じることが望ましく、また、事故への速やかな対策は、学生の対処行動を支えるためにも重要である。変化したと思うと答えた割合の少なかった項目は「オリエンテーションの内容を調整するようになった」「実習前に学生の個別情報をもらう（提供する）ようになった」であった。エラー事例の多い内容を学生へオリエンテーションしておくことは、学生のエラーに対する認識の強化になる。また、学生は事故事例を紹介してほしいという希望をもっている¹²⁾ことから、看護職、教員共に、実習開始時のオリエンテーションをエラー防止の視点で見直し、調整することが今後の課題である。

表6 研修後の実習状況

単位：人数			
質問項目	職種	思う	思わない
臨地実習指導へ役立ったか	看護職	44	4
	教員	15	0
学生への関わりの変化	看護職	40	8
	教員	14	1

5. 研修後の実習指導状況について（表6）

研修後の意識では、「研修が臨地実習指導に役立ったか」という問に関しては、「役に立った」という回答は看護職48名中44名、教員15名全員であった。「学生への関わりが変化したか」に関しては、「変化した」という回答は看護職48名中40名、教員15名中14名であった。教員と看護者が連絡を取り合い、エラー発生の背景を考えるようになったことは、この研修の成果と考えられる。また、グループワークにおいて、指導者・教員の立場を超えて身近なエラーについて話し合ったことが、実際の臨地実習中においても共に考え、話し合うことの動機づけになったと思われる。それが実習指導へ役立ち、学生への関わりが変化する要因になったと考えられる。

6. 病棟全体の変化について（表7）

実習病棟全体への影響について質問した。対象人数は少ないが、管理職はほとんどの項目で「変化したと思う」と回答していた。その中で、一般看護職が「変化したと思う」と回答した割合の高い項目は「エラーがあったことを病棟スタッフ全員に伝えるようにした」で、41名中35名であった。その時々エラーの事実を伝達するというシステムは構築されていると考えられる。しかし、「病棟内で学生のエラーを検討した」は一般看護職35名中18名、「実習でエラーを未然に防ぐための対策を検討した」は一般看護職35名中19名であった。学生のエラーを対象とした病棟での検討会はあまり実施されていないことが伺える。

7. オリエンテーションで強調された内容（図3）

実習オリエンテーションに入れる内容に関して、どのような内容を意識して行なうようになって

たかの質問に対しては、「報告・連絡・相談」69名中53名、「言葉づかい」69名中41名、「氏名の確認」69名中31名、「守秘義務」69名中29名で、患者の権利を守る事に関する倫理的内容であった。次に「移乗」69名中32名、「ベッド柵の使用」69名中30名、「食事介助」69名中29名で日常生活援助中に起こる内容であった。さらに、「内服の確認」69名中26名、「薬品の取り扱い」69名中21名、「輸液確認」69名中22名など医療行為に関する内容であった。学生が起こすエラーの実態調査では、頻度の高いエラーとして転落・転倒¹³⁾、移動動作¹⁴⁾などが挙げられている。学生が直接ケアに

参加する場面の中で、エラー頻度の高いものに関して、オリエンテーションで説明することは重要である。

IV ま と め

今回の研究では、2000年から2002年に開催した臨地実習連絡会議のリスクマネジメント研修の評価をおこなった。この調査報告から以下の示唆が得られた。

1. 各年度とも参考になったと答えた人が85%以上見られた。
2. 約20%の参加者が病棟スタッフに研修内容を報告していない。短大側が、一年間にどのようなエラーがあったのかを実習病棟へ報告するなどの対応が必要である。
3. 研修が身近で起こったエラーを考える機会となり、実習指導への役立ちや学生への関わりの変化の要因になったと考えられる。
4. 学生への対応の変化としては、エラー時の学生への対応や、エラー原因の明確化などが変化しており、参加者は研修後の臨地実習指導において「原因指向」で学生のエラーを捉えようとしている。
5. 教員（看護職）との関係については、連絡を密にとるようになった、エラー発生時すぐに連絡をとるようになった、などが変化していた。しかし、エラー前の対策が変化していなかった。

表7 病棟全体の変化

単位：人数			
質問項目	職種	思う	思わない
スタッフ同士の連絡を密にとる	管理職	4	0
	一般看護職	28	13
病棟スタッフ全体が学生に関心を持つ	管理職	3	1
	一般看護職	24	15
発生エラーを病棟スタッフ全員に伝える	管理職	3	0
	一般看護職	35	6
実習でエラーが起こった場合の対応を検討	管理職	3	0
	一般看護職	27	11
病棟内で学生のエラーを検討した	管理職	3	0
	一般看護職	18	17
実習でエラーを未然に防ぐための対策を検討	管理職	3	0
	一般看護職	19	16
病棟全体のリスクマネジメントの検討	管理職	4	0
	一般看護職	25	12
看護職全体のリスクマネジメントの検討	管理職	4	0
	一般看護職	25	11

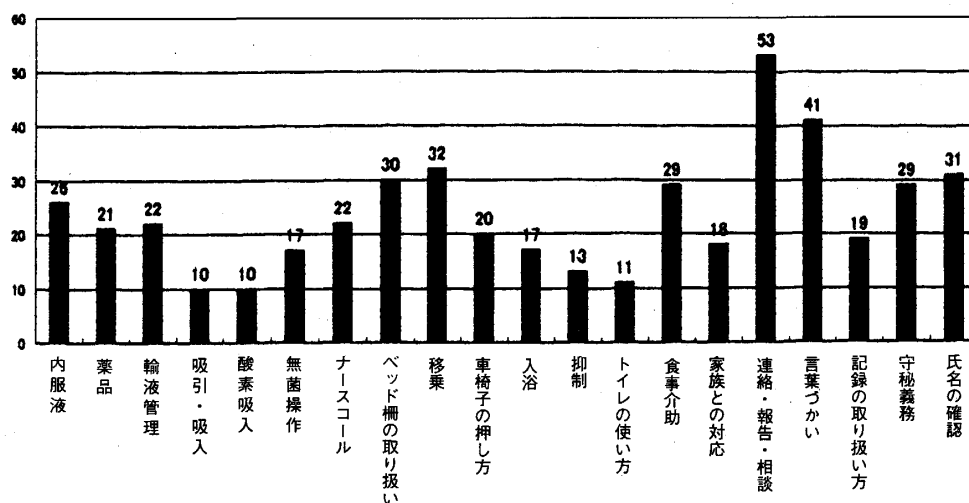


図3 オリエンテーションで強調された内容

め、実習開始時のオリエンテーションをエラー防止の視点で見直し、調整することが今後の課題である。

6. エラーの発生を病棟スタッフ全員に伝えるなど、事実を伝達するというシステムは構築されていると考えられる。しかし、学生のエラーを対象とした原因や対策に関する病棟での検討会はあまり実施されていないことがわかった。
7. 研修後強化されたオリエンテーションの内容は患者の権利を守ることなどの倫理的内容が最も多かった。

おわりに

実習指導におけるリスクマネジメントの認識について、研修前の調査を施行していない。したがって、研修の効果や影響については明確な結論を導き出すには至らなかった。しかし、リスクマネジメントに関して、臨地実習指導における課題がいくつか示唆された。特にエラー防止するための教員と指導者との連携が課題である。その課題を踏まえ、実習開始時のオリエンテーションの工夫や学生のモチベーションや学習背景についての情報を共有するなど、指導者との連携を深めていく必要がある。

今回の調査に協力していただいた臨地実習施設の方々に深謝する。

本研究は2003年度第13回日本看護教育学会で発表したものに加筆修正したものである。

引用文献

- 1) 土屋八千代：看護の法的責任に関する教育的かわり(1)ー看護基礎教育機関における実態及び必要性の認識度と関わり度ー、山梨県立看護短期大学紀要、1(1)、49-63、1996.
- 2) 土屋八千代：看護の法的責任に関する教育的かわりー臨床実習における事故防止の視点からー、聖母女子短期大学紀要、11、71-81、1998.
- 3) 野戸結花他：看護基礎教育におけるリスクマネジメントに関する研究(1)、弘前大学医学部保健学科紀要(2)、9-17、2003.
- 4) 渡邊淳子他：看護学生実習中のインシデントの実態調査、日本看護研究学会雑誌、24(3)、175、2001.
- 5) 良村貞子：医療事故判例を導入した授業展開ー看護婦の法的責任をどう教えるか、看護教育、35(7)、501-506、1994.
- 6) 土屋八千代他：代謝栄養学と成人・老年看護学との連携による失敗体験を導入した安全教育ー攪乱因子を配置した実験と学習ー、看護展望、28(2)、144-149、2003.
- 7) 浅沼優子他：参加型学習による医療安全教育の試みー研究授業報告：インシデントレポートの書き方ー、看護展望、28(2)、150-157、2003.
- 8) 良村貞子他：基礎看護学領域での取り組みー安全を意識できる感性を育む学習ー、看護展望、28(2)、158-164、2003.
- 9) 前掲3)
- 10) 柳田邦男：事故の政府臨調を設けよー実態の真因分析からの緊急提言ー、現代、9、46-66、2000.
- 11) 前掲2)
- 12) 前掲2)
- 13) 前掲4)
- 14) 前掲3)